

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Etabli le/...../2025-2026

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de Naissance :

Etablissement scolaire de référence :

Classe :

<p><u>Le Médecin attaché à la collectivité :</u></p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Signature :</p>	<p><u>Le ou les responsable(s) du Service Garderie périscolaire/cantine/extra-scolaire (Mairie de Furiani) :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Signature : Pasquini Muriel - Signature : Tomi Véronique - Signature : Landini Corinne - Signature : Paoli Marie-Lucie
<p><u>Les parents :</u></p> <p>Signature du père :</p> <p>Signature de la mère :</p>	<p><u>L'animateur :</u></p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Signature :</p>

Projet d'Accueil Individualisé

(Garderie périscolaire, Cantine et extra-scolaire)

Circulaire projet n°2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin officiel n°34 du 18/09/2003)

Circulaire restauration scolaire n°20016118 du 25/06/2001 (BO spécial n°9 du 28/06/2001)

- Garderie Périscolaire
- Cantine Scolaire
- Accueil collectif de mineurs (Vacances scolaires)

ENFANT CONCERNE

Nom : - Prénom :

Date de Naissance :/...../..... - Sexe : Masculin - Féminin

Adresse :

Code Postal : - Ville :

Classe : - Ecole :

P.A.I Scolaire : OUI - NON

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Je soussigné (Père, mère, représentant légal) demande pour son enfant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé à partir de la prescription du Docteur : - Téléphone :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant pendant le temps garderie périscolaire, cantine et extra-scolaire.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature du représentant légal :

PERSONNES A PREVENIR

Les urgences :

Téléphone standard : 15	Téléphone portable : 112
--------------------------------	---------------------------------

Les parents ou représentant légaux :

	Monsieur	Madame
Nom et Prénom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

Le Médecin qui suit l'enfant :

Nom	
Adresse	
Téléphone	

Le Médecin spécialiste (éventuellement) :

Nom	
Adresse	
Téléphone	

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

A renseigner par le Médecin qui suit l'enfant

Nom : - Prénom :

Date de naissance :/...../..... - Classe : - Etablissement :

Allergie à :

Composition de la trousse d'urgence : l'ordonnance détaillée pour les soins, et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sont joints en annexe.

○ Antihistaminique :

○ Corticoïdes :

○ Broncho-dilatateur :

○ Adrénaline injectable :

○ Autres :

Dès les premiers signes, prévenir les parents et le médecin traitant

Appeler le SAMU (15 ou 112 sur le portable) et pratiquer :

SITUATIONS	SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
Urticaire aiguë	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite rhinite	Yeux rouges, gonflés, éternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Trouble digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés

Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent

Date :/...../.....

Signature et cachet du Médecin :

POUR TOUS LES ENFANTS CONCERNES PAR UN P.A.I

● Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

Indiquer les endroits où sont déposées les trousse d'urgence :

Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document.

- Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption de renouveler dès qu'ils sont périmés.
- Les parents s'engagent à informer le médecin de la Mairie de Furiani en cas de changement de prescription médicale.

● En cas de déplacement : sorties

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du P.A.I et l'appliquer
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document

● Pour la cantine scolaire, les temps garderies périscolaires et extra-scolaires

En cas de changement du personnel encadrant (directeur, animateur).

- Faire suivre l'information aux personnes ayant à charge l'enfant (animateurs vacataires, associations...).

Il est important que tous les intervenants soient avertis du P.A.I

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

● Restaurant scolaire (cocher la mention retenue) :

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés
- Menus habituels (lecture des menus par les parents)
- Autre (préciser)

● Les goûters :

- Goûters habituels autorisés
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

● Les activités d'art plastique :

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

- Fruits à coque, cacahuètes (arachide)
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Autres (préciser)

- Autres aménagements à détailler :